

Année 1922

THÈSE

N°

431

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

LOUIS LAUTROU

Né le 16 Avril 1885 à Plourin-Morlaix (Finistère)

CONTRIBUTION à l'Étude des Fistules médianes, congénitales du cou

Président de thèse : M. le Professeur HARTMANN

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1922

183

431

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

184

Année 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

LOUIS LAUTROU ✠

Né le 16 Avril 1885 à Plourin-Morlaix (Finistère)

CONTRIBUTION à l'Étude des Fistules médianes, congénitales du cou

Président de thèse : M. le Professeur HARTMANN



PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER.

Anatomie	MM.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNéo.	
Physiologie	RICHET.	
Physique médicale	André BROCA.	
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.	
Bactériologie	BEZANÇON.	
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.	
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.	
Pathologie médicale	N...	
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.	
Anatomie pathologique	LETULLE.	
Histologie	PRENANT.	
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.	
Thérapeutique	CARNOT.	
Hygiène	Léon BERNARD.	
Médecine légale	BALTHAZARD.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.	
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.	
Clinique médicale	ACHARD.	
	WIDAL.	
	GILBERT.	
	CHAUFFARD.	
	MARFAN.	
	NOBÉCOURT.	
Hygiène et clinique de la première enfance.....	CLAUDE.	
Clinique des maladies des enfants.....	JEANSELME.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	P. MARIE.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	TEISSIER.	
Clinique des maladies du système nerveux.....	DELBET.	
Clinique des maladies contagieuses.....	LEJARS.	
Clinique chirurgicale	HARTMANN.	
	GOSSET.	
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.	
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU.	
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.	
	COUVELAIRE.	
	JEANNIN.	
Clinique gynécologique	FAURE.	
Clinique chirurgicale infantile.....	Auguste BROCA.	
Clinique thérapeutique	VAQUEZ.	
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBIL EAU.	
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.	
Clinique propédeutique	SERGENT.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	DESMAREST.	LARDENNOIS.	RATHERY.
ABRAMI.	DUVOIR.	LE LORIER.	RETTERER.
ALGLAVE.	FIESSINGER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BASSET.	GARNIER.	LEQUEUX.	ROUSSY.
BAUDOUIN.	GOUGEROT.	LEREBoulLET.	ROUVIERE.
BLANCHETIÈRE	GRÉGOIRE.	LERI.	SCHWARTZ.
BRANCA.	GUENIOT.	LEVY-SOLAL.	STROHL.
CAMUS.	GUILLAIN.	MATHIEU.	TANON.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CHEVASSU.	JOYEUX.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
CHIRAY.	LABBÉ (H.).	MULON.	VILLARET.
CLERC.	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC.	
DEBRÉ.	LANGLOIS.	PHILIBERT.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES BIENVEILLANTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. ALGLAVE,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui a bien voulu nous recevoir dans son service avec la plus grande bienveillance, nous inspirer le sujet de cette thèse et nous aider de ses précieux conseils au cours de la rédaction de ce modeste travail.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. HARTMANN,

Membre de l'Académie de Médecine,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,

Officier de la Légion d'Honneur.

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de
présider cette thèse.

Considérations au sujet des Fistules impaires et médianes du cou, leur pathogénie, leur pronostic, leur traitement

I. — HISTORIQUE

a) AU POINT DE VUE CLINIQUE

L'histoire des fistules impaires et médianes du cou, comme celle des autres faits de la pathologie humaine, commence par un chapitre clinique. L'histoire pathologique rationnelle ne vient qu'ensuite.

Les premières observations de fistules du cou, à une époque où l'on n'avait d'ailleurs pas songé à différencier les fistules médianes des fistules latérales, seraient dûes, d'après Sulicka, dans sa thèse de Paris, en 1894, à Hunczwoski, qui les aurait étudiées dès 1789.

En 1889, Dzondi publie à Berlin un traité « de *Fistulis tracheae congenitis* ». Cet auteur pensait que ces fistules s'ouvraient non seulement à la peau mais aussi dans la trachée artère. Ascherson publie à Berlin en 1832 un traité « de *Colli fistulis congenitis* » où il

exprime l'opinion que ces fistules s'ouvrent non dans la trachée et à la peau, mais dans le pharynx et à la peau.

Sulicka, encore qu'élève de Paris, néglige de citer Boyer qui, dès 1831, étudie les mêmes fistules, montre combien elles sont tenaces, déroutant la thérapeutique aussi bien médicale que chirurgicale. Si bien que Boyer, comme conclusion à son étude, donne au chirurgien le précepte de s'abstenir.

Cette conclusion n'est pas celle de Dupuytren qui, à la même époque, dans un article de la Gazette des Hôpitaux, se montre partisan de l'extirpation radicale du kyste qui a donné naissance à la fistule. Nous verrons plus loin pourquoi ces deux maîtres de la chirurgie française n'étaient pas d'accord.

La première théorie pathogénique des fistules du cou fut donnée en 1859 par Malgaigne, pour qui les fistules étaient les suites de l'hydropisie des bourses séreuses de la région thyroïdienne, bourses séreuses situées entre la membrane thyro-hyoïdienne et les muscles sterno-hyoïdiens et thyro-hyoïdiens.

Nélaton, en 1854, exprime l'opinion que ces kystes sont des dilatations des follicules sous-muqueux de la région épiglottique du pharynx.

En 1869, Broca reprend pour expliquer ces fistules la théorie de Verneuil qui fait des kystes médians du cou et des fistules auxquelles elles donnent lieu, une conséquence de l'enclavement de la peau entre les arcs branchiaux de la région du cou, à leur rencontre antérieure et médiane.

Tillaux, en 1885, donne également pour explication pathogénique des kystes du cou l'arrêt de développement des arcs branchiaux.

La question de la pathogénie double de certains kystes du cou est élucidée définitivement en 1890 et 1891 par les études de Lannelongue avec Achard et Ménard. Désormais l'opinion classique que nous verrons soutenue par les auteurs postérieurs distingue entre les fistules succédant à la soudure anormale des arcs branchiaux et celles succédant à des kystes du canal de His. Cependant Bérard, de Lyon, dans le traité de Chirurgie Delbet et Le Dentu, en 1908, croit encore à la seule inclusion branchiale. Et nous verrons plus loin, par l'examen des contenus des kystes, que cet auteur, à notre humble avis, semble avoir confondu le contenu du kyste épidermique et celui du kyste mucoïde. Mais Kirmisson et Forgue, dans leurs manuels respectifs, distinguent entre kystes d'origine branchiale et kystes du canal thyroéglasse.

b) THÉORIES EMBRYOGÉNIQUES

Ces théories pathogéniques n'avaient pu s'asseoir sur une base solide que grâce aux travaux d'embryologie. Nous citerons ceux de Remak qui, de 1850 à 1859, étudie sur l'embryon de poule, le développement du corps thyroïde aux dépens du pharynx primitif.

Kölliker, étudiant l'embryologie des vertébrés supérieurs, arrive, en 1861, aux conclusions de Remak et

attribue à la glande thyroïde la même origine embryologique.

Pendant que ces savants s'occupaient de la formation de la thyroïde, la persistance du canal de Morgagni était réétudiée par Bochdalek.

Encore que son nom soit resté accolé à celui du canal qui, partant du foramen cœcum, traverse la base de la langue pour aller se terminer plus ou moins loin, il n'a rien ajouté d'essentiel à la description que Morgagni en avait donné dès 1741, si bien que Chemin, dans sa thèse de Bordeaux, croit que Bochdalek n'avait pas eu connaissance des ouvrages de Morgagni. Car c'est avec His seulement que nous verrons attribuer au canal de Morgagni-Bochdalek non seulement sa signification, mais aussi la longueur possible de son trajet.

His étudie, en 1891, le tractus thyroéglosse et ses rapports avec l'os hyoïde dans un article des Archives allemandes d'Anatomie et de Physiologie : « Der Tractus thyroéglössus und seine Beziehungen zum Zungenbein ». His montre que ce tractus s'insère sur le bord supérieur de l'os hyoïde, dans sa partie moyenne le plus souvent. Quelquefois le tractus, sous forme d'éléments épithéliaux, peut être suivi du bord supérieur au bord inférieur de l'os hyoïde et à travers le corps de cet os, dans sa partie exactement médiane. His a rencontré plusieurs fois le tractus non fermé mais persistant chez l'adulte sous forme de canal comme chez l'embryon où il persiste ainsi jusqu'à la cinquième ou sixième semaine.. His d'ailleurs avait

d'abord appelé l'organe allant du foramen cœcum à l'os hyoïde : Ductus Thyreoglossus. Il l'appela Tractus quand la persistance de la perméabilité lui apparut exceptionnelle.

Il faut citer encore les travaux de Prenant et de Wölffler qui, en étudiant les thyroïdes accessoires, montrent que ces thyroïdes accessoires se développent toujours sur le trajet du tractus de His. Les glandules aortiques étant des thyroïdes accessoires, nous expliquent, si l'on veut admettre que le tractus reste perméable jusqu'à ces glandules, que la fistule médiane peut se rencontrer, comme l'ont vu certains cliniciens, à quelques centimètres du manubrium. C'est le cas du soldat G..., objet de l'observation I du présent travail.

Citons encore parmi les auteurs qui ont étudié sur l'adulte la persistance du canal de His, Streikeisen qui, en 1886, en publie treize cas, citons Chemin qui, en 1895, dissèque à ce point de vue quarante cadavres à Bordeaux, et trouve le canal persistant sur sept sujets n'ayant pas présenté de fistules. Nous verrons plus loin les chiffres d'autres observateurs. Ils sont peut-être exagérés, mais la fréquente persistance du canal et la rareté de l'affection qui nous occupe, nous montre qu'il faut, en tous cas, à la production des kystes médians et des fistules médianes congénitales un autre élément que nous indiquerons plus tard.

I. --- EMBRYOLOGIE

Histologie et Anatomie actuelles du canal de His

La thyroïde naît d'une ébauche médiane entodermique provenant du plancher de la bouche, dans une région qui deviendra plus tard le sommet du V lingual

L'ébauche thyroïdienne est impaire et médiane. Le bourgeon se divise ensuite en deux lobes latéraux. Le canal thyroéglosse qui reliait l'ébauche thyroïdienne au plancher de la bouche s'oblitére en général et n'est plus représenté que par des tractus fibreux selon certains auteurs, épithéliaux, selon His et la plupart des auteurs.

Quand ce canal persiste, il peut se prolonger jusqu'à la pyramide de Lalouette, d'après Branca. Nous avons dit plus haut les raisons d'embryologie et de clinique qui nous font croire à une plus longue étendue du canal de His. La partie supérieure, ou canal de Bochdalek, est revêtue d'un épithélium prismatique, dit Branca, cylindrique cilié, selon d'autres auteurs. A sa surface peuvent déboucher des glandes muqueuses. Ce canal de His commence en haut au niveau du foramen

cæcum. Or, depuis longtemps déjà, Morgagni d'abord, puis Bochdalek, en 1866, ont signalé l'existence d'un étroit conduit qui descend dans l'épaisseur de la langue et que l'on désigne ordinairement en France sous le nom de canal de Bochdalek. Ce conduit qui naît le plus souvent en arrière de la papille caliciforme du V lingual, plus rarement en avant de cette papille, est richement pourvu de glandes muqueuses, il possède un épithélium à cils vibratiles sur des cellules cylindriques et envoie en avant et sur les côtés, un ou plusieurs diverticules tapissés par le même épithélium cylindrique à cils vibratiles. De plus ce canal reçoit de très nombreux et très fins diverticules analogues à des acini glandulaires. Les diverticules principaux reçoivent aussi des acini glandulaires.

Ce canal de Bochdalek n'est que la partie toute supérieure du tractus thyroéglasse de His. De la région du foramen cæcum, le tractus thyroéglasse descend dans le septum médian de la langue, puis dans la membrane hyoglossienne et arrive ainsi au bord supérieur de l'os hyoïde. Poursuivant alors son trajet descendant, il passe en arrière de cet os, en avant, selon d'autres observateurs, et gagne le sommet de la pyramide de Lalouette, qui le rattache à l'isthme thyroïdien.

Les thyroïdes accessoires se développent toujours. d'après Testut, sur le trajet du tractus thyroéglasse et, lorsque ce tractus existe, lui sont intimement unies. Ceci montre, d'après le même auteur, pourquoi ces glandes ont la même structure que la glande thyroïde.

Wölffler et Tourneux, ainsi que d'autres histolo-

gistes, attribuent aux glandules aortiques une origine identique à celle de la thyroïde. Des raisons cliniques nous ferons adopter cette théorie.

D'après ces auteurs modernes, ni la pyramide de Lalouette ni les thyroïdes principales n'ont de canal excréteur, d'autres auteurs récents comme Bodéchat, Zeiss, Hitzig, cités par Testut, croient qu'il est possible que par dégénérescence des membranes propres des follicules thyroïdiens il se produit des lacunes qui peuvent ensuite communiquer avec le canal de His, anormalement resté perméable.

III. --- PATHOGENIE

Symptômes et Diagnostic des Fistules médianes du cou leur pronostic propre

Nous avons vu que la persistance du canal de His, sur la longueur duquel les auteurs sont en désaccord, est beaucoup plus fréquente que les cas de kystes et fistules médianes, affections rares. Bochdalek trouvait la persistance du canal de Morgagni dans un quart des cas autopsiés. Bland Sutton trouvait dans un dixième des cas le canal de His, quant à Chemin il rencontrait le canal de His sept fois sur quarante cas, soit dans une proportion de dix-huit pour cent.

Quelle est donc la cause efficiente de l'affection rendue possible par la non-oblitération du canal de His ?

Il faut faire ici une différence entre la fistule congénitale primitive et la fistule congénitale secondaire. La fistule congénitale primitive apparaît dès la naissance. Sa pathogénie efficiente est bien difficile à découvrir et même les hypothèses semblent à peu près impossibles. Cependant elle est encore plus rare que

la fistule congénitale secondaire puisque nous n'avons trouvé qu'un seul cas non douteux, dû à l'observation de Reverdin, cité par Sulicka et Martin, en dehors du cas de l'observation I de la présente thèse, observation communiquée par M. le Professeur Alglave. L'existence de ces cas est donc indéniable. Leur pathogénie, que nous avons déclarée difficile à établir, est peut-être due aux mêmes raisons, si obscures, des autres malformations congénitales.

Quant aux fistules médianes secondaires, à notre avis, c'est l'infection qui détermine la coalescence pathologique du canal. Du pus peut se former derrière ce bouchon pathologique, et nous pourrions, rarement il est vrai, d'après les cas dont nous avons examiné les observations, y rencontrer du pus. Mais nous rencontrons toujours par la suite, après l'ouverture de la fistule, un liquide clair et muqueux, visqueux et filant, d'après les cas auxquels nous venons de faire allusion. Ceci ne saurait nous étonner puisque les auteurs qui nient la communication entre les thyroïdes accessoires et le canal resté ouvert, s'accordent à lui trouver des diverticules glandulaires. L'idée serait intéressante à étudier, à savoir si l'hypothyroïdie nette notée chez notre malade de l'observation II, ne serait pas due à ce qu'une partie notable de la thyroïde serait restée en communication avec le canal de His. Le suc thyroïdien se déversant par le foramen cæcum dans la bouche serait repris par les voies digestives et n'aurait ainsi qu'une action atténuée sur l'organisme. L'hypothyroïdie légère et le myxœdème pourraient

aussi s'expliquer par une infection soit intra-utérine, soit de la toute première enfance. Cette infection atteignant la thyroïde à la faveur du canal non oblitéré aurait déterminé une dégénérescence de la glande, altérant ainsi la qualité ou la quantité de la sécrétion de cette glande à sécrétion interne.

Quoiqu'il en soit de ces hypothèses, le liquide d'origine canaliculaire ou autre s'accumulant dans le canal, d'abord resté ouvert, sous l'influence de facteurs inconnus, ce liquide s'accumule lorsque le canal s'oblitére grâce à une infection, il distend le canal, le force et détermine sa rupture et ainsi s'établit la fistule médiane, par laquelle s'écoule le liquide muqueux. Il est d'ailleurs plus facile à ce liquide, qui peut être participe de la nature des sucs digestifs (Notkine dans Bérard, Arthus, Chimie et Physiologie) et si l'on admet la communication avec les thyroïdes accessoires, de se frayer un chemin à travers l'aponévrose superficielle et le tissu sous-cutané, puis la peau, que de se frayer un chemin à travers le tissu cartilagineux de la trachée. En tous cas le réflexe tussigène n'est pas signalé dans les nombreuses observations que nous avons lues. La fistule ouverte pourra sinon se fermer du moins cesser de couler d'une façon perceptible, puis redevenir très active et ces phénomènes correspondent, à notre sens, à des périodes où le canal de His redevient perméable où se referme.

D'ailleurs, au stade de kyste de la plupart des cas de l'affection qui nous occupe, un processus analogue aura déterminé des périodes de diminution ou même

de disparition, alternant avec l'augmentation de la tumeur.*

Ayant montré la façon dont on peut concevoir la pathogénie de l'affection, nous allons en énumérer les symptômes.

Nous sommes ici obligés d'énmérer les différents symptômes du kyste médian. Comme nous l'avons dit plus haut, il se rencontre dès la naissance, d'une façon exceptionnelle il est vrai, des fistules de même nature que les fistules congénitales secondaires. Sur l'histoire pathogénique des fistules congénitales primaires nous ne savons rien, mais la fistule congénitale secondaire succède à un kyste médian.

Disons tout de suite que kystes et fistules affectent aussi bien l'un et l'autre sexe, il apparaissent ou se trouvent à tous les âges de la vie, des fillettes sont amenées par leurs parents entre sept et huit ans. des jeunes filles viennent consulter, des soldats de vingt à vingt-cinq ans se plaignent de l'affection et notre malade de l'observation II a soixante ans.

A quel endroit rencontrons-nous les kystes et fistules médianes auxquelles ils peuvent donner naissance ? On peut les trouver depuis la base de la langue jusqu'au niveau du bord supérieur du manubrium sternal. Il est évident que s'il existe dans la littérature de nombreux exemples de kystes médians, bombant soit vers le palais et le pharynx buccal, soit vers le plancher de la bouche, les fistules succédant à de tels kystes n'attirent pas l'attention ni du malade ni du médecin. Ce n'est donc que pour mémoire que nous les citerons

ici, encore qu'à notre avis la nature de ces kystes intrabuccaux soit le plus souvent de même étiologie que ceux de la face antérieure du cou. Nous ne parlerons que des fistules et kystes médians situés entre le bord inférieur du maxillaire inférieur et le bord supérieur du manubrium sternal. Ces kystes et fistules sont exactement médians. A la rigueur on peut les mobiliser dans le sens transversal et horizontal, on peut les détacher du plan profond, mais ils ne peuvent être mobilisés dans le sens longitudinal.

Quel est le nombre de ces kystes ou fistules ? Nous n'avons rencontré aucun cas où les kystes médians fussent plusieurs, ce qui ne saurait nous étonner, car la dualité du canal thyroéglasse n'est signalée par aucun anatomiste. Les fistules aussi sont uniques quand elles sont médianes, et si le cas de l'observation II nous montre deux orifices fistuleux, un seul est exactement médian et c'est probablement celui qui a précédé l'autre. D'ailleurs l'orifice latéral est accidentel et disparaît pendant le séjour du malade à l'hôpital, avant la première intervention.

Le volume des kystes qui précèdent les fistules médianes congénitales secondaires varie de celui d'un grain de blé à celui d'une mandarine, mais ce volume est habituellement celui d'une noisette et d'ailleurs variable chez le même malade, comme nous l'avons déjà noté. La consistance est celle d'une collection kystique c'est-à-dire variable selon la tension du liquide.

Bérard dit que ces kystes sont en général translucides; il faut qu'ils atteignent un certain volume pour pouvoir être examinés devant une source lumineuse, de plus comme ces kystes soulèvent des muscles de la région préthyroïdienne il doit être bien difficile de constater ce signe.

Il faut signaler, à propos de la consistance de ces kystes, la sensation de corde que donne le palper de la région médiane du cou. Cette sensation est due à la réplétion du canal de His au-dessous de l'obstacle qui a déterminé le kyste. Quand la fistule s'établit, il est évident que les signes que nous venons d'énumérer disparaissent et on ne peut s'en faire une idée approximative que par le récit du malade.

Chez notre malade n° II, il en était ainsi. Dans l'observation II, M. le Professeur Alglave note la sensation de corde indurée. Ceci ne saurait nous étonner, car la fistule du soldat G... est vieille de vingt ans, des infections légères et nombreuses ont pu déterminer la sclérose de tout le canal thyroéglosse.

Au stade fistule nous ne voyons que l'orifice externe qui est exactement médian et qui se présente sous l'aspect d'une petite tache rosée plus colorée que la peau adjacente. Cette petite tache rosée a la largeur d'une pièce de cinquante centimes, quelquefois elle est cependant plus large. A peu près à son centre on trouve un tout petit cercle rosé également, ce petit cercle est légèrement soulevé, et peut être incomplet. Au centre de ce cercle nous trouvons une dépression qui est l'orifice de la fistule. Cet orifice est littéralement punc-

tiforme et ne dépasse pas, en étendue, celui que laisserait la pointe d'une aiguille ou d'une épingle.

Par cet orifice s'écoule, par intermittence, un liquide clair, ne tachant pas les pansements, cependant légèrement visqueux et filant. Si l'on veut le faire sourdre, il suffit de presser la peau en la soulevant entre deux doigts, le plus largement possible, au-dessous ou au-dessus de la fistule.

Quels sont les symptômes subjectifs qu'accusent les malades. Le volume du kyste avant sa fistulisation peut déterminer de la gêne respiratoire et même alimentaire. C'est ce que nous a signalé la malade de l'observation I, mais nous n'avons pas rencontré ces symptômes signalés dans les cas observés précédemment.

Quand la fistule s'est établie, cette sensation de dyspnée ou de dysphagie disparaît et l'existence des troubles de déglutition éprouvés par le malade G... (Obs. II) nous paraît peu probable. Aussi bien les malades viennent consulter ordinairement soit par inquiétude devant un symptôme chronique, soit par un sentiment de coquetterie très explicable.

Le diagnostic de l'affection sera différent selon que le kyste sera ou ne sera pas fistulisé.

Les tumeurs de la région que nous avons limitée en haut au maxillaire inférieur, en bas au manubrium sternal, ces tumeurs sont nombreuses. Celle qui par son origine ressemble le plus à la dilatation kystique du canal de His est le goître d'une thyroïde accessoire.

Nous avons vu que ces thyroïdes accessoires se développent constamment sur le trajet thyroéglousse.

Ce diagnostic sera à peu près impossible à moins que l'on ne puisse par le palper sentir une lobulation de la tumeur, cependant que la corde signalée plus haut comme dûe à la réplétion du kyste est absente. Cependant ce goître accessoire est quelquefois adhérent à l'os hyoïde par un tractus fibreux. Aussi en présence d'une tumeur exactement médiane et présentant quelques signes de kystes du canal, le chirurgien devra-t-il être très prudent dans son diagnostic.

L'abcès froid pourra aussi être médian, mais il ne le sera que dans la région préthyroïdienne où il existe un ganglion lymphatique réuni aux deux chaînes latérales par des canaux lymphatiques. Cet abcès froid sera d'ailleurs rarement isolé et les autres ganglions sous-maxillaires seront engorgés. Il sera aussi beaucoup plus mobile selon la ligne vertico-médiane.

Un abcès chaud pourra se rencontrer sur la ligne médiane, mais ses caractères généraux : adénopathie, rougeur et douleur trancheront le diagnostic. Car le kyste du canal est à peu près indolore, il ne s'accompagne pas d'engorgement ganglionnaire, son histoire sera d'ailleurs rapide, même s'il est livré à lui-même. Le kyste sébacé sera distingué par son comédon central, par sa mobilité sous la peau ou avec la peau.

Le kyste dermoïde sera caractérisé aussi par sa mobilité beaucoup plus grande dans le sens vertical et s'il est fixe il le sera également dans tous les sens. La gomme syphilitique sera exceptionnelle et d'ailleurs le

diagnostic sera possible comme celui d'une mycose par l'examen de laboratoire et les souvenirs du malade.

Citons pour mémoire, car ils sont exceptionnels, les kystes des bourses séreuses. La bourse séreuse de Fleischmann est située dans le plancher buccal, celle de Verneuil dans l'espace hyo-maxillaire, celle de Boyer au devant de l'espace thyro-hyôidien. Le siège plus restreint de ces kystes, leur mobilité plus grande serviront à les caractériser. Ajoutons enfin que les tumeurs diverses dont nous venons de parler sont de volume à peu près invariable, ce qui n'est pas le cas pour les kystes du canal thyroéglosse, soumis à des variations de volume.

Quand la tumeur sera fistulisée l'interrogatoire du malade ou de ses parents permettra de retrouver les signes que nous venons d'énumérer, du moins dans le cas de fistule congénitale secondaire. Dans le cas de fistule congénitale primitive, comme dans l'autre cas, l'aspect du liquide, la situation de la fistule seront suffisants pour trancher le diagnostic, car si au début, l'écoulement de la fistule du canal thyroéglosse peut-être légèrement purulent, bien vite le liquide deviendra clair et visqueux et ne pourra être confondu ni avec du liquide d'abcès froid ou chaud ni avec le contenu gras des kystes dermoïdes ou des kystes sébacés. L'examen histologique sera instructif après l'opération. La lecture de cas exposés par les auteurs précités nous a montré que le pronostic est tout autre pour les kystes dermoïdes par inclusion branchiale et

les kystes mucoïdes ou du canal thyroïdienne. Les auteurs dont nous avons parlé, entre autres Bérard de Lyon, n'ont pas, nous semble-t-il, assez insisté sur cette distinction qui est capitale lorsqu'il s'agit d'établir le pronostic opératoire et l'indication du traitement. Comme nous l'avons déjà indiqué la coque d'une poche kystique due à la dilatation du canal thyroïdienne est faite d'épithélium cylindrique à cils vibratiles, tandis que dans la coque d'un kyste dermoïde nous trouvons tous les éléments de l'épiderme cutané y compris des poils et des follicules sébacés. Dans la statistique que nous donnerons plus loin, nous n'avons retenu que les cas de kystes mucoïdes, cas confirmés par l'examen histologique. Cette distinction n'était pas faite pratiquement dans les thèses précédentes où ces deux variétés de kystes, ainsi que les fistules qui s'ensuivent sont justiciables d'un même traitement opératoire.

Quel sera le pronostic propre, et non post-opératoire de ces kystes du canal et de leurs fistules ? La dyspnée et la dysphagie mettront rarement en danger la vie du malade si nous en croyons nos observations : l'un des malades vient demander une intervention pour une affection qui durait depuis vingt ans, l'autre malade n'est venue consulter que plusieurs semaines après la fistulisation. L'observation de Larrey, citée par Sulicka et Martin, les quatre observations citées par Garcin, d'autres de Reverdin, citées par les mêmes auteurs, montrent que les malades n'accusent de symptômes fonctionnels que de façon très discrète et même accessoire. D'ailleurs toutes les autres observations que

nous avons étudiées montrent que la raison qui amène le malade au chirurgien est un souci d'esthétique. Des femmes sont désolées d'avoir sur le cou, à un endroit que la plupart du temps la mode laisse à découvert, une tache rouge et suintante, de même des parents, inquiets pour leurs enfants à cause des mêmes raisons de coquetterie, viennent consulter le plus souvent pour une fillette ou une toute jeune fille. Il faut faire exception pour les observés militaires de Larrey et du médecin-major Battut. Ces malades ont sans doute voulu venir jouir à l'hôpital d'un repos bien gagné, en attendant une réforme qu'ils espéraient et qui ne vint pas. Cette éventualité détermina d'ailleurs le départ de ces malades qui refusaient toute intervention médicale ou chirurgicale. Dans le cas du malade G..., on peut facilement et selon toute probabilité soupçonner que les raisons qui le déterminèrent à solliciter l'intervention étaient surtout d'ordre militaire. z

IV. --- TRAITEMENT CHIRURGICAL ET PRONOSTIC OPÉRATOIRE

Si le kyste n'est pas encore fistulisé, l'abstention devra être la règle du chirurgien, à moins que les phénomènes dysphagiques et dyspnéiques ne soient vraiment alarmants par leur intensité, et nous avons vu que ces symptômes fonctionnels sont rares et, en général, discrets. S'ils étaient cependant de nature à forcer la main au chirurgien, la ponction soulagerait le malade et permettrait le diagnostic certain.

La fistule établie, l'opération indiquée par la pathogénie et l'anatomie pathologique de l'affection sera l'extirpation de la fistule et de tout le canal thyro-glosse. Supposons l'orifice fistuleux préthyroïdien ou devant l'espace intercricothyroïdien, il faudra de toute façon remonter vers la base de la langue en disséquant le canal soit sur une sonde molle ou métallique, soit comme le propose Bérard, de Lyon, en injectant le canal avec le mélange de Moselig-Moorhof; je crois qu'il serait avantageux de colorer cette pâte fluide en bleu ou en vert assez intense. De cette façon on verrait beaucoup mieux les diverticules que les auteurs ac-

cordent en général au trajet principal. D'après les renseignements que M. Alglave a bien voulu nous donner au sujet du malade G... (Obs. I), ces diverticules existaient chez ce sujet tout au bord du canal thyroïdial, dans l'épaisseur de la langue, à droite et à gauche du septum lingual. Ces diverticules avaient un centimètre et demi, et plus, de long. Or ces diverticules sont importants car, comme l'extirpation incomplète du canal, ils sont une des causes de la récurrence.

La dissection sera longue et minutieuse. Il faudra, vers le haut, après incision du tissu sous-cutané et de l'aponévrose superficielle, écarter les muscles sous-hyoïdiens (sterno-cleido-hyoïdiens, omo-hyoïdiens, sterno-thyroïdiens, les thyro-thyroïdiens), puis, si le trajet passe derrière l'os hyoïde, inciser cet os ou le réséquer, remonter encore en incisant l'expansion fibreuse du digastrique, passer entre les mylo-hyoïdiens, les génio-hyoïdiens, les génio-glosses, les hyoglosses en traversant le septum lingual jusqu'à l'embouchure du canal au sommet du V lingual.

Et la dissection ne sera pas encore finie, car le chirurgien peut être amené à descendre. Nous avons vu en effet que le canal de His pouvait se poursuivre jusqu'à la pyramide de Lalouette et même les glandes aortiques. Dans cette deuxième partie le chirurgien rencontrera le lacis veineux formé par les anastomoses en réseau des trois veines thyroïdiennes. S'il est amené à sectionner la thyroïde à son isthme il pourra rencontrer une artère de Neubauer plus ou moins développée et pour peu qu'il s'écarte au cours de la

dissection de la ligne médiane il devra éviter de blesser l'un ou l'autre des nerfs récurrents. Pour cette dernière raison l'anesthésie locale s'imposera au chirurgien comme dans l'extirpation du goître simple. Nous n'osons pas supposer que le chirurgien descendra plus bas à la recherche d'un trajet pouvant aller aux glandes aortiques.

La lecture des remarques de M. le Professeur agrégé Alglave, au sujet des opérations tentées sur le malade de l'observation I, donnera une idée plus saisissante des difficultés et de l'importance de l'opération que n'en peut donner notre simple rappel d'anatomie topographique.

Cependant, comme le lecteur le suppose déjà, l'opération est de conséquence pour traiter une affection bénigne, opération réclamée uniquement pour des raisons esthétiques. Et je crois que le malade même traité par un chirurgien très habile aura intérêt à ne pas demander une opération qui nécessairement laissera des traces plus disgracieuses que l'affection elle-même. Et ceci est vrai même si une dissection aussi étendue peut être exécutée avec une seule incision cutanée transversale et coïncidant avec un pli naturel du cou.

Quel est le pronostic de cette opération laborieuse ? Nous ne parlerons ici ni des suites de l'hémorragie opératoire, souvent elle sera modérée; ni des dangers inhérents à toute intervention longue et délicate. Nous n'envisagerons que le résultat. Il est souvent, il est presque toujours nul. Nous avons dépouillé, dans les thèses citées à la fin de ce travail, plus de cent cas de

fistules ou kystes du cou. Nous avons été obligé d'éliminer pour nos conclusions le plus grand nombre de ces observations, les unes parce qu'elles étaient trop imprécises, les autres parce qu'elles se rapportaient à des fistules latérales ou manifestement d'origine sébacée ou épidermique. Nous avons déjà insisté à plusieurs reprises sur cette distinction très importante pour établir le pronostic opératoire. Nous avons trouvé d'autres observations relatives à des kystes du canal thyroïdienne opérés par la voie buccale. Dans ce cas la fistule qui a pu suivre l'opération n'a pu attirer l'attention ni du malade ni du chirurgien.

Ces réserves faites, trente-sept observations que nous avons retenues nous ont permis d'établir le tableau suivant :

DIAGNOSTIC	NOMBRE D'INTERVENTIONS	GUÉRISONS	
		SUIVIES 1 AN	NON SUIVIES
Fistules médianes. 18	38	4	14
Kystes médians... 19	31	3	15

Un cas de kyste donnait encore un suintement à la fin de l'année d'observation. De plus, nous n'avons pas noté comme interventions les traitements médicaux divers, telles qu'injection de chlorure de zinc, teinture d'iode ou liqueur iodo-iodurée, traitements qui d'ailleurs se montrèrent aussi inefficaces que l'extirpation.

La lecture de ce tableau nous montre qu'il a fallu intervenir environ deux fois pour chaque cas, souvent on a opéré trois ou quatre fois et la statistique des cas suivis n'est pas encourageante puisque sept cas seulement sur trente-sept pouvaient être, sans préjudice des surprises plus lointaines, être comptés comme guéris. Et les opérations tentées s'échelonnent quelquefois sur un laps de temps dépassant trois et quatre ans. Certaines récidives ont donc été si tardives qu'on peut dire qu'un succès datant d'un an n'est pas définitif. Nous n'avons pu malheureusement examiner dans la littérature des observations postérieures à la thèse de Serbource. Nous le regrettons car dans la bibliographie des travaux postérieurs à 1910-1911 nous avons relevé que dans les « Procès-verbaux de la Société royale de Londres », H. J. Davis a publié un cas intitulé : « Thyroglossal cyst removed from a girl aged 7. Operation followed by symptoms of acute thyroïdism ».

Ce fait contribuerait à conseiller au chirurgien l'abstention que lui imposent, à notre avis, les récidives fréquentes, après une opération dont le but uniquement esthétique est impossible à atteindre .

Quelles sont les raisons des récidives ? Le liquide de la fistule en est probablement la cause principale. Beaucoup d'auteurs, comme nous l'avons dit déjà, croient que le liquide ou suc thyroïdien contient une enzyme. Nous avons cité parmi ces auteurs Notkine et Arthus. Reste à savoir, en admettant que le suc thyroïdien ait des propriétés digestives, si le canal thyro-glosse communique avec la thyroïde ou les thyroïdes

accessoires. Peu importe puisque, si cette communication n'a pas lieu, quand l'infection qui a causé le kyste puis la fistule est terminée, le canal redevient perméable et la salive, douée indubitablement de propriétés digestives, s'écoule par le canal et digère, sur le trajet creusé par le chirurgien les tissus non épithéliaux qui tendent à se souder. Des exemples analogues sont donnés par les fistules interminables du canal de Sténon, par celles non moins tenaces qui succèdent à l'opération de la pancréatite hémorragique, etc.

Boyer, qui avait constaté cette persistance des fistules, croyait que la tension des liquides entre les bords de la plaie empêchait ceux-ci de se sonder. En réalité il y a cicatrisation, mais elle ne se passe pas comme le désire ici le chirurgien ou le malade, entre épithélium cylindrique du canal et épithélium cylindrique du côté opposé, mais entre l'épithélium du canal et l'épithélium cutané. C'est par une soudure analogue que le chirurgien, dans l'opération de l'anus artificiel réussit à greffer sur l'épithélium cutané ectodermique l'épithélium intestinal entodermique. Dans la fistule récidivante il y a donc cicatrisation, mais elle a lieu entre épithélium d'origines différentes, l'un d'eux venant de l'entoderme, l'autre de l'ectoderme.

CONCLUSIONS

En présence d'une fistule impaire et médiane du cou, le chirurgien devra s'abstenir si cette fistule paraît dépendre du canal thyroéglasse.

II. Les succès relatés dans les opérations de fistules médianes ont été obtenus dans des cas, très rares, de fistules succédant à des kystes dermoïdes ou sébacés.

III. En présence d'un kyste médian et impair du cou, le chirurgien devra toujours penser à la possibilité d'un kyste du canal thyroéglasse.

VU: Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
HARTMANN.

VU et PERMIS d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

VU :
Le Doyen,
ROGER.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Prof^r agrégé P. ALGLAVE,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.)

Hôpital Complémentaire n° 7, à Vannes.

Entré à l'Hôpital 7 pour une fistule congénitale du cou. Antécédents : la tante maternelle du malade présent également une fistule congénitale du cou, mais située latéralement. Aucune autre personne de la famille ne présentait d'anomalie, à la connaissance du malade. Lui-même n'a jamais eu de maladie. Il est vigoureusement constitué et ne présente pas d'autre tare apparente que cette fistule apparue dès la naissance.

Description : Celle-ci siège à la partie médiane du cou ou plus exactement à quelques millimètres à droite. Les orifices situés à un grand travers de doigt au-dessus du sternum sont au nombre de deux et presque contigus. Ils forment deux petites fentes de 1 à 2 millimètres de diamètre environ et obliquement dirigés de haut en bas et de dedans en dehors, l'une d'elles est immédiatement sur la ligne médiane, l'autre à 3 ou 4 millimètres à droite

et plus bas. Un léger repli cutané, en forme de croissant, à concavité inférieure, surplombe ces deux orifices, les masquent même lorsque la tête est fortement fléchie. Les deux cornes de ce croissant s'étendent vers le bas jusqu'au niveau des articulations sternoclaviculaires et circonscrivent une petite surface d'aspect cicatriciel, cons-



tituée par une multitude de tout petits plis radiés en forme d'éventail convergeant en haut vers les deux orifices de la fistule. Tous ces plis, comme le sillon cutané qui les délimite semblent dus à une forte traction exercée vers le haut par le trajet fistuleux.

Ce trajet déjà reconnaissable à l'inspection, dans sa partie inférieure est nettement perçu au palper, sous la forme d'une petite corde tendue sous la peau et remontant vers la région sous-hyoïdienne. Il semble logé dans le tissu sous-cutané, au milieu duquel on peut le faire rouler entre les doigts. Partant de l'orifice externe, il s'élève verticalement en s'écartant très légèrement de la ligne médiane vers la droite. Son diamètre paraît être uniformément de 2 ou 3 millimètres jusqu'au niveau du bord inférieur de l'os hyoïde, point à partir duquel il va en s'amincissant jusqu'au niveau du corps de l'os hyoïde qu'il paraît atteindre à 5 millimètres de la ligne médiane. On le perd en cet endroit. Il n'a pas été possible de reconnaître s'il y avait un orifice interne et déterminer s'il s'agissait d'une fistule complète ou incomplète. De même le cathétérisme du trajet n'a pu être pratiqué en raison de l'extrême ténuité des orifices cutanés. Les signes fonctionnels sont très réduits. Jamais de douleur, à peine une très légère gêne de la déglutition, surtout des liquides. A noter qu'on a dû changer l'homme d'arme, par suite, paraît-il, de la difficulté qu'il éprouvait à porter le sac d'infanterie.

Mais la gêne la plus importante est le suintement continu de liquide. Celui-ci sort en grosses gouttelettes par les deux orifices dès qu'on appuie sur le trajet. La flexion du corps en avant favoriserait aussi cet écoulement. C'est un liquide blanchâtre, filant, paraissant contenir de menus débris épithéliaux. La sécrétion en est surtout abondante par les temps froids. Il n'a jamais été observé de rétention.

Opération du 9 novembre 1917. Nota : L'orifice de la fistule est punctiforme sur une surface légèrement en saillie, comme un petit grain de mil et à la faveur de cet orifice, on fait sourdre un liquide mucoïde.

L'incision cutanée est faite suivant un losange allongé

qui circonscrit la cicatrice sur laquelle s'ouvre la fistule et dont une pointe remonte jusqu'à la hauteur de la région sous-hyoïdienne. Un stylet, introduit dans la fistule, conduit vers l'os hyoïde. La fistule est disséquée de bas en haut et on peut constater aisément que le trajet remonte jusqu'à l'os hyoïde auquel il est adhérent et où il se perd en apparence, il semble se loger dans l'os lui-même, et pour l'enlever complètement on est dans la nécessité de sectionner le corps de l'os hyoïde.

Fermeture de la plaie en laissant un petit drainage.

2^e opération. Note : La fistule a été opérée une première fois et à cette intervention on a enlevé le trajet depuis sa terminaison qui était sus-sternale jusqu'à l'os hyoïde dont le corps lui-même fut enlevé. Mais douze à quinze mois après la première opération une petite collection s'est reconstituée au-dessus du point hyoïdien et elle s'est ouverte après quelques jours laissant un nouveau pertuis sus-hyoïdien, à la faveur duquel de petites gouttelettes de mucus continuent à s'écouler.

La 2^e opération est faite le 24 janvier 1918 et elle montre que le trajet fistuleux remonte en réalité jusque dans la base de la langue jusque sous la muqueuse, au niveau du foramen cœcum de cette base. Le stylet introduit dans la fistule soulève en quelque sorte la muqueuse de la langue, on enlève, dans la mesure du possible, le trajet, mais on a l'impression que pour sa mise à jour complète, il serait presque nécessaire d'ouvrir tout le plancher bucco-lingual et d'entraîner des délabrements hors de proportion avec l'importance de la fistule. La plaie est refermée en laissant à demeure une petite mèche de gaze disposée suivant la direction générale à la fistule. Un moment le malade paraît guéri, mais après quelques semaines, la fistule s'est reformée.

Deuxième récurrence de fistule médiane du cou. Opération le 12 avril 1918.

Nota : La fistule s'est reformée dans la région sus-hyôïdienne et on la sent de nouveau vers la base de la langue. Nouvelle extirpation avec cautérisation des surfaces au chlorure de zinc.

Le malade sort le 27 avril 1918, il paraissait guéri, mais on n'a pas eu de ses nouvelles dans la suite.

OBSERVATION II

• (Malade vue à la consultation de M. le Professeur agrégé
ALGLAVE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.)

M^{me} R..., 60 ans. Pas d'antécédents spéciaux à noter dans la famille de M^{me} R..., où il y a eu quatre enfants; deux de ces derniers vivent en bonne santé. La malade mariée en 1888 a eu sept enfants. Trois d'entre eux sont morts en bas âge; d'après M^{me} R..., un autre est mort à cinq mois de rougeole, un autre a vécu douze heures. Deux enfants sont restés vivants; l'un a été tué à l'ennemi, l'autre est bien portant. Dans les antécédents de la malade on ne peut rien trouver, à part des varices survenues depuis 1892.

M^{me} R... a été réglée à 12 ans, la ménopause a eu lieu à 41 ans.

Nous avons devant nous une femme de taille nettement en dessous de la moyenne; l'observateur est tout de suite frappé du facies étalé, boursoufflé, presque œdémateux de la malade, les paupières sont alourdies, sans parler du ptosis de l'œil droit, le nez est épaté, les dents sont tombées de bonne heure à une époque difficile à préciser. L'âge de la malade rend difficile d'attribuer à l'hypothyroïdie les autres signes tels que front et joues fanés, la sécheresse de la peau, la calvitie temporo-occipitale. L'examen général de la malade ne décèle rien au

poumon, mais à l'auscultation du cœur on entend un souffle présystolique assez net, un retentissement du second bruit, avec ébauche de bruit de galop. La malade n'a rien à signaler au point de vue digestif. L'œil droit permet à peine à la malade de distinguer le jour de la nuit, elle n'a jamais vu de cet œil et la cataracte dont cet



œil est atteint est probablement congénitale. L'autre œil aussi est atteint de cataracte, mais le cristallin opacifié a basculé en bas et en arrière, de sorte que la malade voit assez de cet œil pour se conduire, mais difficilement. La fistule que présente la malade aboutit à un tout petit orifice cutané, comme la trace d'une pointe d'aiguille, au centre d'une tache rosée large comme une pièce de cinquante centimes. Cet orifice est entouré d'un petit cercle surélevé large d'un millimètre et demi, au centre de ce cercle l'orifice de fistule apparaît comme une dépression. Actuellement la fistule ne laisse sourdre aucun liquide, même à la pression et d'après la malade il ne coule de

l'orifice que quelques gouttes par jour d'un liquide clair comme de l'eau; ce liquide ne tache pas du tout le pansement à la gaze blanche. Cet orifice de fistule est exactement médian, à la hauteur de l'espace crico-thyroïdien. La fistule s'est ouverte en janvier 1922. Pendant deux ans auparavant, la malade a senti à l'endroit où devait s'ouvrir la fistule une petite tumeur qui lui paraissait rouge. Cette tumeur était presque indolente, mais la malade a eu des crises de suffocation qu'elle attribuait à la tumeur; de plus, elle éprouvait de la dysphagie au point d'être forcée de suivre un régime exclusivement liquide. La tumeur disparaissait puis reparait quelques fois après quinze jours, quelquefois après huit jours seulement d'intervalle. Quand la fistule s'est ouverte, l'orifice en était large comme une petite tête d'épingle; il en sort un liquide clair et transparent comme de l'eau.

Cette fistule qui laisse couler depuis cette époque à peine quelques gouttes par jour de liquide clair ne gêne pas la malade que son âge dispense d'une coquetterie exagérée. M^{me} R... est venue consulter parce qu'un pharmacien lui a dit qu'elle était atteinte de fistule. Et ce mot l'a effrayée.

La malade est revue le 6 novembre, quinze jours après le premier examen. L'orifice fistuleux est recouvert d'une toute petite croûte jaune et depuis huit jours il n'en est pas sorti de liquide.

BIBLIOGRAPHIE

SULICKA. — *Thèse de Paris*, 1894.

MARTIN. — *Thèse de Paris*, 1895.

CHEMIN. — *Thèse de Bordeaux*, 1895.

ROQUES. — *Thèse de Montpellier*, 1898.

PETIT. — *Thèse de Paris*, 1901.

GERMOND. — *Thèse de Paris*, 1901.

GARCIN. — *Thèse de Lyon*, 1902.

SERBOURCE. — *Thèse de Paris*, 1910.

Traité et Manuels classiques de DELBET, LE DENTU, TESTUT, TOURNEUX, KIRMISSON, FORGUE, BRANCA, ARTHUS, CHAMPY, A. BROCA.

Imprimerie Spéciale de la Librairie LE FRANÇOIS
91, boulevard Saint-Germain, Paris
